

Acceso abierto





Artículo original

Citación**Salavarría L. et. al. Síndrome de larva migratoria cutánea, del diagnóstico al tratamiento**

Revista científica INSPILIP V. (3), Número 2, Guayaquil, Ecuador.

Correspondencia**Dr. Galo Farfán**mail: mcaliel008@hotmail.com**Fecha de ingreso:** 17/09/2019**Fecha de aprobación:** 24/12/2019**Fecha de publicación:** 01/01/2020

El autor declara estar libre de cualquier asociación personal o comercial que pueda suponer un conflicto de intereses en conexión con el artículo, así como el haber respetado los principios éticos de investigación, como por ejemplo haber solicitado las autorizaciones de la institución donde se realizó el estudio, permiso para utilizar los datos, consentimientos informados y en caso de tratarse de estudio observacionales y ensayos clínicos, autorización de un CEISH, ARCSA, DIS, Medio Ambiente, entre otros. Además la licencia para publicar imágenes de la o las personas que aparecen en el manuscrito. Por ello la revista no se responsabiliza por cualquier afectación a terceros.

Síndrome de larva migratoria cutánea, del diagnóstico al tratamiento*Cutaneous larva migrans, from diagnosis to treatment*Salavarría-Vélez Lida¹, Yépez-Zambrano Daniel ², Silva-Rojas Glen Andrés ², Huaman-Garaicoa Fuad ^{2,3}, Farfán-Cano Galo Guillermo ⁴, Jiménez-Jara Adriana¹, Ávila-Chóez Ana¹, Moreno-Álvarez Karla¹.

1. Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

2. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

3. Departamento de Anatomía Patológica- Hematopatología. Instituto Oncológico Nacional – SOLCA.

4. Sociedad de Infectología del Guayas.

Citación: Salavarría Vélez, L., Yépez Zambrano, D., Silva Rojas, G., Huaman Garaicoa, F., Farfán Cano, G., Jiménez Jara, A., Ávila Chóez, A. and Moreno Álvarez, K. (2019). Síndrome de larva migratoria cutánea, del diagnóstico al tratamiento. INSPILIP, 3(2), pp.1-11.**Resumen**

Las geohelminiasis son un problema de salud pública común en la región de las Américas, la OPS estima una prevalencia del 20 % o más en Ecuador y los países vecinos, siendo los grupos más vulnerables las embarazadas, los niños en edades preescolares y escolares de zonas rurales. El síndrome de larva migratoria cutánea (larva migrans cutánea, LMC) es una forma de infestación parasitaria, muy frecuentemente, ocasionada generalmente por especies de los géneros *Ancylostoma* y es considerada como una de las enfermedades desatendidas de la infancia. Posterior a la revisión en motores de búsqueda como Google académico, Pubmed y Scielo, acerca del tema en la literatura médica ecuatoriana, no se encontró mención de la misma en los últimos 5 años; por tanto a continuación, se detalla un caso de esta entidad nosológica abordando su diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Larva migrans; *Ancylostoma*; infecciones por uncinaria;*Necator*

Abstract

Geohelminthiasis, is a common public health problem in the Americas region; PAHO estimates a prevalence of 20 % or more in Ecuador and neighboring countries, with the most vulnerable groups being pregnant women, preschoolers and children in rural areas.

The migratory cutaneous larva syndrome (cutaneous larva migrans, CML), is a form of parasitic infestation, most often caused by species of the Ancylostoma genus, and is considered one of the neglected diseases of childhood.

After the review in search engines such as google scholar, pubmed and scielo, about the subject in the Ecuadorian medical literature, no mention of it was found in the last 5 years; therefore, a case of this nosological entity is detailed below, addressing its diagnosis and treatment.

Keywords: *Larva Migrans; Ancylostoma; Hookworm Infections; Necator*

Caso clínico

Paciente masculino de 7 años, oriundo de la provincia de Esmeraldas, acude con cuadro clínico de 15 días de evolución con lesiones cutáneas dolorosas, exudativas de olor fétido, ulceradas a nivel del 2° y 3° dedo del pie derecho, que se acompañan de lesiones de aspecto serpiginoso ascendente, precedidas de prurito local. Previamente recibió esquemas de antibióticos orales tipo dicloxacilina y amoxicilina, pero ante agravamiento de las lesiones, la madre del paciente decide acudir a hospital de segundo nivel de atención (Guayaquil) para valoración y tratamiento.

Dentro de los factores socioeconómicos citamos según anamnesis procedencia de comunidad de Viche (área rural de Esmeraldas), tipo de vivienda (casa de cemento con lastre en el patio), no poseen mascotas, aunque a los alrededores de la residencia el suelo es de tierra (no urbanizado) y múltiples vecinos poseen

mascotas (perros y gatos); deambulación frecuente sin zapatos. Al examen físico llama la atención lesiones de aspecto serpiginoso en pie derecho de patrón ascendente, acompañadas de placas eritematosas, escamosas y exudativas a nivel de 2° y 3° dedo (imagen 1).



Imagen 1. Fotografía de pie afecto del paciente, se observan lesiones ulcerosas descamativas en región interdigital del 2° y 3° dedo del pie derecho de 15 días de evolución, acompañadas de lesiones con patrón serpiginoso ascendente, compatibles con síndrome de larva migrans cutánea (ingreso y seguimiento subsecuente).

Paciente fue valorado por Dermatología, Pediatría e Infectología, estableciéndose por el aspecto de las lesiones la impresión diagnóstica de síndrome de larva migrans cutánea (SLMC), también se realizó biopsia de piel por parte de Dermatología para establecer otros diagnósticos diferenciales (imagen 2), sin hallazgos concluyentes o patognomónicos.

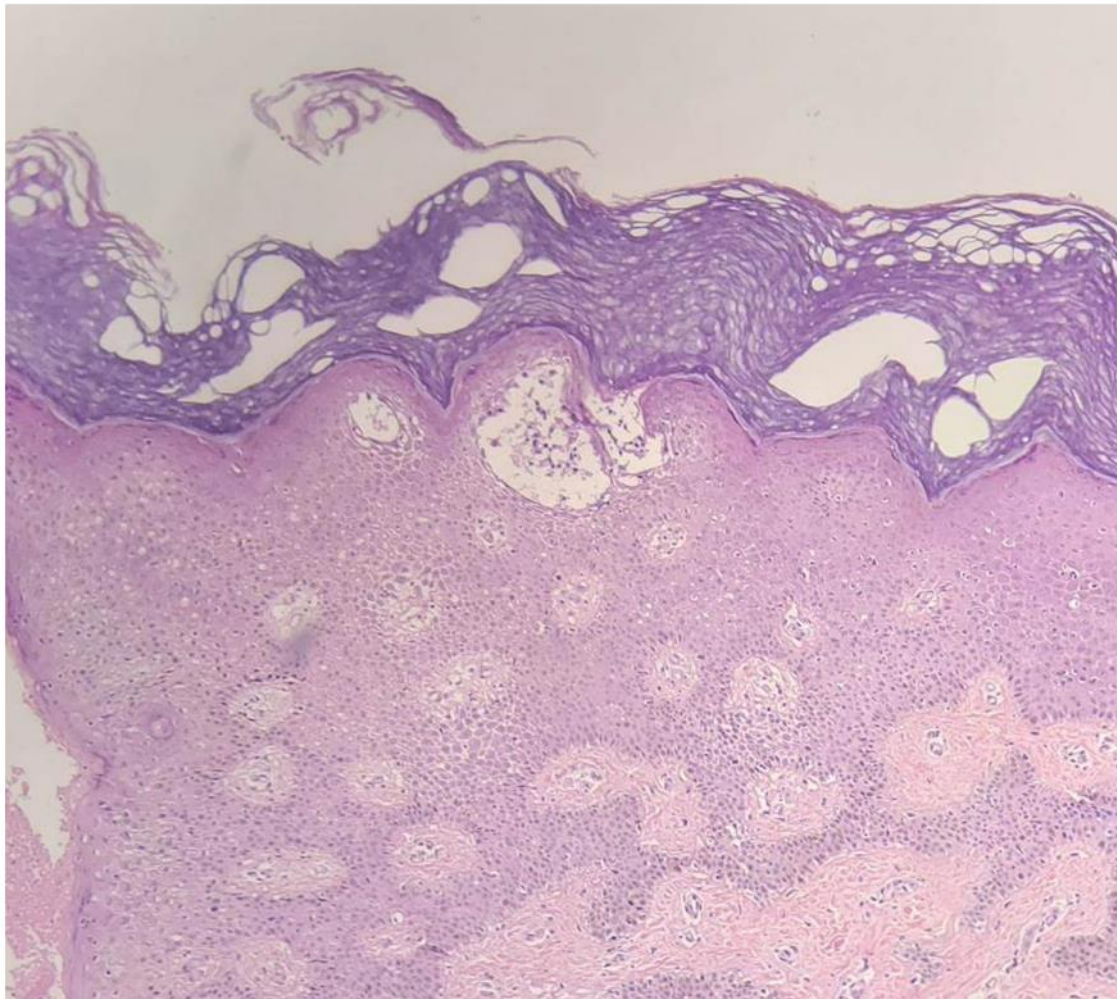


Imagen 2. Se visualiza microfotografía de biopsia de piel de pie derecho con hallazgos de hiperplasia epitelial, espongiosis y pústulas, compatibles con dermatitis espongíótica subaguda.

Se consensó tratamiento con albendazol por vía oral, ajustado a peso y edad por dos días, más loratadina; en las curaciones subsecuentes en área de hospitalización una vez concluido el tratamiento con albendazol, se observó mejoría de las

lesiones al 4° día, paciente fue egresado al 6° día posterior al tratamiento con controles ambulatorios e ivermectina vía oral por 2 días al alta hospitalaria. Al seguimiento posalta al mes no se observaron complicaciones.

Discusión

El SLMC, también conocido como dermatitis verminosa reptante, erupción reptante, erupción serpiginosa, dermatitis linear, larva currens (para los casos de infección por larva de *Strongyloides*), “es una entidad nosológica clínica, más que un diagnóstico etiológico”, siendo una infestación zoonótica ocasionada por la invasión y penetración a través de la piel de las formas larvarias de parásitos, más comúnmente las del género *Ancylostoma*, que predominantemente parasitan a cánidos y félidos siendo el hombre un huésped accidental ¹.

Es considerada por la OPS como una de las enfermedades infecciosas desatendidas, siendo catalogada como una Geohelmintiasis endémica de las Américas. De forma general en el mundo alrededor de 1 500 millones de personas están infestadas por geohelminos, y se estima que cerca de 46 millones de niños en edad preescolar y

escolar en América están en riesgo de presentar algún tipo de enfermedad por geohelminos, ya que la predisposición de estos está ligada a la exposición al suelo de la población infantil, ancianos, embarazadas o adultos, en zonas con factores socioeconómicos y culturales que predispongan al riesgo, lo cual se observa con mayor facilidad en zonas rurales que en zonas urbanas ²⁻³.

El mecanismo de transmisión inicia por la eliminación de huevo larvado a través de las heces de los huéspedes definitivos; para que los huevos eclosionen óptimamente deben ser depositados en suelos cálidos, sombreados, húmedos y arenosos (como patios traseros, calles, parques públicos e infantiles, los cuales están frecuentemente contaminados por larvas *Ancylostoma* procedentes de las heces de perros y gatos); las características mencionadas del suelo son las que permiten que una vez eclosionados los huevos, las larvas alcancen el estadio de larva rabditoides (L1 y L2) en

la tierra, subsecuentemente alcanzan el estadio de larva filariforme (L3), lo cual sumado al estar descalzo, la pobreza (en la mayoría de los casos), el habitar en áreas rurales, facilita la penetración de las larvas en la piel humana. La larva no puede reproducirse en los seres humanos y no puede atravesar capas más profundas de la piel, debido a la carencia de colagenasa ⁴.

De acuerdo a la revisión en la literatura se considera el agente etiológico que se encuentra con mayor frecuencia en cánidos y félicos es el *A. braziliense*, el cual produce esta dermatosis endémica de las regiones tropicales en todo el mundo, usualmente cursando con buen pronóstico y resolución espontánea; no obstante, en ciertos casos complicados (lesiones impetiginizadas a consecuencia del rascado o diseminadas por poliparasitosis), puede llegar a requerir de manejo farmacológico, comúnmente tratamiento sintomático (alivio del prurito)

2, 5-7.

El SLMC es una forma de infestación parasitaria, muy frecuentemente ocasionada por especies de los géneros *Ancylostoma*, siendo los más prevalentes entre los parásitos que usualmente afectan a los humanos, *Ancylostoma duodenale*, *A. braziliense*, *Necator americanus* y *Strongyloides stercoralis* (imagen 3).



Imagen 3. Se observa en la imagen superior izquierda huevo fértil de uncinaria. En la imagen superior derecha podemos ver el extremo cefálico y la cápsula bucal del *Ancylostoma duodenalis*. En la imagen inferior izquierda se observa el extremo cefálico y la cápsula bucal del *Necator americano*. En la imagen inferior derecha se observa forma parasítica de hembra adulta de *Strongyloides stercoralis* (cortesía de Dr. Eduardo Gómez, Med. Tropical, UCSG).

Es meritorio mencionar otros agentes etiológicos de esta entidad, ligados al género *Ancylostoma*, tales como el *A. caninum*, predominante en Australia, así como la *Uncinaria stenocephala* en Europa; otros parásitos que pueden ocasionar SLMC son el *Bunostomum phlebotomum* encontrado en el ganado bovino, el *A. tubaeforme* de distribución mundial y que afecta principalmente a los gatos; también se puede encontrar especies del género *Gnathostoma*, que afecta a gatos, perros, cerdos y ocasionalmente humanos, y especies de *Strongyloides* (*S. myopotami*, *S. papillosus*, *S. westeri*), las cuales se las encuentra en el tracto intestinal de los mamíferos, sin embargo, es muy raro que se manifiesten como una dermatosis cutánea^{5, 9-12}.

Dentro de las manifestaciones clínicas se observa erupción cutánea eritematosa en el sitio de penetración de la larva, iniciando con una pápula o vesícula eritematosa de pequeño tamaño, que desemboca en canales

serpiginosos por el desplazamiento a través de la epidermis, generando prurito intenso por aumento de la liberación de histamina; la liberación de los factores proinflamatorios (como la histamina), desencadenará el estímulo de rascado, lo cual es un factor de riesgo de una sobreinfección bacteriana por ulceración de la piel generalmente por estreptococos o estafilococos; a medida que la larva avanza el extremo distal de la lesión se vuelve seco y costroso, la evolución natural es la resolución espontánea de las lesiones en 1 o 2 meses (máximo 6), dependiendo de la respuesta inmunológica desencadenada, aunque han sido descritas lesiones de 2 años de duración^{6, 10}.

El diagnóstico de SLMC es clínico, basado en la observación de las lesiones serpiginosas de la piel y los antecedentes epidemiológicos²⁻¹². En algunas ocasiones se dificulta, debido a que simula otras patologías como herpes zoster, herpes simple, liquen plano lineal eritematoso o

dermatitis por contacto, no obstante, las lesiones se localizan específicamente en lugares en que el grosor de la piel es más fino (como en los espacios interdigitales de los pies, glúteos y muslos); otros diagnósticos a considerar son larva currens, escabiosis, loiasis, miasis, esquistosomiasis y tinea corporis; la biopsia de la lesión difícilmente contendrá el parásito (debido al movimiento errático que realiza al momento de desplazarse) y los hallazgos no son patognomónicos (imagen 2) ¹³⁻¹⁴.

Las lesiones suelen ser autolimitadas y desaparecen en 4 a 8 semanas, los fármacos indicados para el tratamiento de formas graves son ivermectina (200µg/kg), por uno a dos días; en países donde no está disponible, la alternativa terapéutica de elección es el albendazol (400 a 800 mg/día) durante 3 a 5 días, en casos en que el prurito sea intenso se puede asociar antihistamínicos o corticoides tópicos ^{9, 13-15}.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. larva migrans cutánea. In: Organización Panamericana de la Salud, ed. by. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales VOL 3 Parasitosis [Internet]. 3rd ed. Washington, D.C.: OPS; 2003 [cited 20 July 2019]. p. 301-304. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/711/9275119936.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
2. Reichert F, Pilger D, Schuster A, Lesshaft H, Guedes de Oliveira S, Ignatius R et al. Prevalence and Risk Factors of Hookworm-Related Cutaneous Larva Migrans (HrCLM) in a Resource-Poor Community in Manaus, Brazil. PLOS Neglected Tropical Diseases [Internet]. 2016 [cited 10 August 2019];10(3):e0004514. doi:10.1371/journal.pntd.0004514. Available from: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0004514>
3. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades Infecciosas desatendidas: Geohelmintiasis [Internet]. OPS Geohelmintiasis. 2017 [cited 14 August 2019]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=hojas-informativas-6208&alias=43350-geohelmintiasis-americas-trabajadores-salud-publica-2017-350&Itemid=270&lang=es
4. Heukelbach J, Feldmeier H. Epidemiological and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. The Lancet Infectious Diseases [Internet]. 2008 [cited 10 August 2019];8(5):302-309. doi:10.1016/S1473-3099(08)70098-7.
5. Robles D. Cutaneous Larva Migrans: Background, Pathophysiology, Etiology [Internet]. Emedicine.medscape.com. 2018 [cited 10 August 2019]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/1108784-overview>
6. Muller M. Pediatric Cutaneous Larva Migrans: Practice Essentials, Pathophysiology, Epidemiology [Internet]. Emedicine.medscape.com. 2018 [cited 10 August 2019]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/998709-overview>
7. Vargas Álvarez T, Acuña Bolaños D. Síndrome de Larva Migrans Cutánea. Revista Ciencia y Salud: Integrando conocimientos [Internet]. 2019 [cited 13 September 2019];3(4). Doi:10.34192/cienciaysalud.v3i4.90. Available from: <http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/90>
8. Lopes V, Farias L, Rodrigues N, Moraes A, Leite R, Ferreira M. Disseminated cutaneous larva migrans in a 7-year-old patient. J Health Biol Sci [Internet]. 2019 [cited 10 August 2019];7(1):101-103. doi:10.12662/2317-

3076jhbs.v7i1.2175.p101-103.2018

Available

from:

<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/download/2175/821>

9. Gaviria-Giraldo C, Velásquez C, Ruiz A. Gnatostomiasis una enfermedad cada vez más frecuente en Colombia. *Ces Medicina* [Internet]. 2017 [cited 13 September 2019];31(2):199-206. Doi:10.21615/cesmedicina.31.2.9 Available from: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/2815>

10. Panés-Rodríguez A, Piera-Tuneu L, López-Pestaña A, Ormaetxea-Pérez N, Gutiérrez-Támara P, Ibarbia-Oruezabal S et al. Larva migrans cutánea de origen autóctono en Guipúzcoa. *Actas Dermo-Sifiliográficas* [Internet]. 2016 [cited 13 September 2019];107(5):407-413. Doi:10.1016/j.ad.2016.01.002 Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001731016000107>

11. Leder K, Weller P. Miscellaneous nematodes [Internet]. Uptodate.com. 2018 [cited 10 September 2019]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/miscellaneous-nematodes>

12. Weller, P, Leder, K. Hookworm-related cutaneous larva migrans. Uptodate.com. 2018 [cited 10 September 2019]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/hookworm-related-cutaneous-larva-migrans>

13. Pereda Y, Martínez T, Díaz M, Dot L, Madera R. Larva migrans cutánea. Un caso clínico. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2016 Jun [citado 2019 Sep 16]; 20 (3): 109-112. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000300020&lng=es.

14. García-Fernández L, Calderón M. Larva migrans cutánea tras un viaje al Caribe. *Revista chilena de infectología*. 2014;31(3):346-348. Doi:10.4067/S0716-10182014000300016. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000300016

15. Campillo R, Alonso D, Bendito B, Alonso J, García, J. & Arnáiz-García, M. (2016). Larva cutánea migratoria. Caso clínico. *Revista Española de Podología*, 27(2), 82–85. doi:10.1016/j.repod.2016.06.001